

trường hợp mổ muộn (≥ 72 giờ), khi tổn thương đã trở nên nghiêm trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 61 bệnh nhân viêm túi mật cấp, phương pháp cắt túi mật nội soi cho thấy là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, đặc biệt đối với bệnh nhân cao tuổi. Bệnh nhân sau mổ thường hồi phục nhanh chóng và ít gặp biến chứng. Việc chỉ định phẫu thuật nên được thực hiện trong vòng 72 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, đồng thời cần xem xét các bệnh nền ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật và sức khỏe của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Trí, Trương Minh Tuấn** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 10(1), 58 – 64. <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2020.1.9>
2. **Suqing Li, et al.**, (2023). Epidemiology and Outcomes of Symptomatic Cholelithiasis and Cholecystitis in the USA: Trends and Urban–Rural Variations. Journal of Gastrointestinal Surgery, 27 (5): p. 932-944. <https://doi.org/10.1007/ s11605-023-05604-0>
3. **Ian Gassie, Felicity Edwards, Kevin B. Laupland** (2024). Epidemiology of biliary tract-associated bloodstream infections and adequacy of empiric therapy: an Australian population-based study. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 43, 1753– 1760. <https://doi.org/10.1007/s10096-024-04894-9>
4. **Đỗ Trọng Hải, Phan Anh Tuấn**, (2003). Mức Độ An Toàn Và Hiệu Quả Của Cắt Túi Mật Nội Soi Trong Viêm Túi Mật Cấp Do Sỏi. Tạp Chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 7(1), 43-47.
5. **Trần Kiến Vũ** (2016). Nghiên cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Cắt Túi Mật Nội Soi Trong Điều Trị Viêm Túi Mật Cấp Tại Bệnh Viện Đa Khoa Trà Vinh, Trường Đại học Y Dược Hà Nội.
6. **Trần Thiện Trung, Võ Hồng Sớ** (2010), Kết quả PT nội soi điều trị VTMC do sỏi, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 12(4), 96-101.
7. **Lê Trung Hải** (2010), CTMNS trong VTMC, PT nội soi cắt TM các kỹ thuật và tiên bộ mới, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 48-55.
8. **Vũ Bích Hạnh** (2010), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả PT nội soi cắt TM trong điều trị VTMC do sỏi, Học viện Quân y.
9. **Lê Quang Minh** (2013), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị VTMC bằng PT CTMNS. Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VỚI MỨC ĐỘ NẶNG BỆNH COVID - 19

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Lê Thị Thuý Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối tương quan giữa tổng điểm mức độ tổn thương trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực với mức độ bệnh COVID - 19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 180 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi xét nghiệm phản ứng chuỗi polimerase phiên mã ngược (RT-PCR) có đầy đủ các thông tin về bệnh sử trên bệnh án điện tử và được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID - 19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 09/2021 đến tháng 02/2023. **Kết quả:** Điểm CTSS trung bình của các nhóm mức độ bệnh nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch lần lượt là $6,5 \pm 3,78$, $13,29 \pm 3,84$, $20,28 \pm 4,26$ và $21,01 \pm 3,75$. Điểm trung bình CTSS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nhẹ và nhóm trung bình,

nhóm trung bình và nặng ($p < 0,001$) nhưng giữa nhóm nặng và nhóm nguy kịch thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,670$). Điểm CTSS trên phim chụp CLVT có giá trị dự đoán mức độ nặng với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5. Điểm CTSS cũng có giá trị dự đoán mức độ nguy kịch với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,5% và 82,2% với điểm cut-off là 16,5. Điểm CTSS không có giá trị tiên lượng mức độ nhẹ và trung bình bệnh COVID-19 (diện tích dưới đường cong AUC = 0,065). **Kết luận:** Điểm CTSS trên CLVT có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh COVID-19. Điểm CTSS có giá trị dự đoán mức độ nặng và nguy kịch của bệnh với độ nhạy và độ đặc hiệu cao ở ngưỡng 15,5 cho mức độ nặng và 16,5 cho mức độ nguy kịch. **Từ khóa:** viêm phổi COVID-19, điểm mức độ nghiêm trọng, CTSS, cắt lớp vi tính, mức độ nặng, mức độ nguy kịch.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY SEVERITY SCORE AND COVID-19 SEVERITY

Objective: To analyze the correlation between the total CT severity score (CTSS) on chest CT and the severity of COVID-19. **Subjects and Methods:** This

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

retrospective descriptive study included 180 patients who were confirmed to have COVID-19 by reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR). All patients had complete medical history records in the electronic medical system and underwent chest CT imaging upon hospital admission at the COVID-19 Treatment Hospital of Hanoi Medical University Hospital between September 2021 and February 2023.

Results: The mean CTSS scores for the mild, moderate, severe, and critical disease groups were 6.5 ± 3.78 , 13.29 ± 3.84 , 20.28 ± 4.26 , and 21.01 ± 3.75 , respectively. There was a statistically significant difference in mean CTSS scores between the mild and moderate groups, as well as between the moderate and severe groups ($p < 0.001$). However, the difference between the severe and critical groups was not statistically significant ($p = 0.670$). The CTSS score on chest CT had predictive value for severe disease, with a sensitivity of 80% and a specificity of 85.2% at a cutoff value of 15.5. It also had predictive value for critical disease, with a sensitivity of 87.5% and a specificity of 82.2% at a cutoff value of 16.5. However, the CTSS score had no prognostic value for mild and moderate COVID-19 cases (area under the curve [AUC] = 0.065). **Conclusion:** The CTSS score on chest CT is strongly correlated with the severity of COVID-19. The CTSS score has high sensitivity and specificity in predicting severe and critical disease, with thresholds of 15.5 for severe cases and 16.5 for critical cases. **Keywords:** Covid-19 pneumonia, total computed tomography severity score, CTSS, computed tomography, severe cases, critical cases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện của COVID-19 đã đặt ra thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu, đặc biệt trong việc xác định nhanh chóng mức độ tổn thương phổi để kịp thời phân loại bệnh nhân và tối ưu hóa điều trị. Các phương pháp đánh giá lâm sàng truyền thống đôi khi chưa đủ nhạy trong việc phản ánh đầy đủ mức độ tổn thương phổi, do đó, hình ảnh học, đặc biệt là cắt lớp vi tính (CLVT), đã trở thành công cụ quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

Tổng điểm mức độ nghiêm trọng (CTSS) trên CLVT được sử dụng như một chỉ số bán định lượng để đánh giá mức độ tổn thương phổi do COVID-19. Một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra mối liên quan giữa CTSS và tiên lượng bệnh, nhưng dữ liệu về ngưỡng điểm tối ưu để phân loại mức độ bệnh cũng như độ chính xác của chỉ số này vẫn còn chưa được đề cập rõ ràng.^{1,2}

Trong bối cảnh nguy cơ tái bùng phát của COVID-19 và các bệnh đường hô hấp do virus khác vẫn hiện hữu, việc nghiên cứu mối tương quan giữa CTSS trên CLVT với mức độ bệnh COVID-19 có ý nghĩa quan trọng trong lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của CTSS trong việc dự đoán mức độ bệnh, từ đó cung cấp thêm bằng chứng khoa học giúp nâng cao hiệu quả quản lý và điều trị bệnh nhân trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 180 BN được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi RT-PCR, được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID - 19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 09 năm 2021 đến tháng 02 năm 2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (N = 180)

2.3. Kỹ thuật chụp. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp CLVT lồng ngực không tiêm thuốc cản quang bằng hệ thống máy CLVT đa dãy đầu thu (128 dãy) hiệu SCENARIA của hãng Hitachi xuất xứ từ Nhật Bản với độ dày lát cắt 1,25mm.

2.4. Quy trình và phương pháp thu thập số liệu. Thu thập các thông tin về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, giới, bệnh lý nền và mức độ bệnh lúc nhập viện.

Đối với phân tích hình ảnh trên CLVT được tiến hành độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (một bác sĩ chính với 10 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hình ảnh hệ hô hấp và một bác sĩ với 01 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hệ hô hấp). Sự không đồng thuận được xử lý bằng thảo luận.

Các biến số cần thu thập bao gồm:

+ Các biến số về mức độ bệnh đánh giá trên lâm sàng: nhiễm trùng không triệu chứng, nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch. Theo khuyến cáo quản lý điều trị cho bệnh nhân điều trị nội trú của Viện Y tế Quốc gia Mỹ (NIH) và theo WHO trong có 5 nhóm mức độ bệnh được trình bày trong bảng sau:^{3,4}

Bảng 1. Các mức độ bệnh đánh giá trên lâm sàng

Mức độ	Nhiễm không triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
SpO ₂		≥ 96%	94 - 96%	< 94%	ARDS (+)
Nhịp thở		12-21 lần/ phút	22-30 lần/ phút	> 30 lần/ phút	Cung cấp oxy > 6l/ph để duy trì SpO ₂ > 92%
Triệu	RT-PCR (+)	Sốt	Tổn thương	PaO ₂ / FiO ₂ <	Suy hô hấp cấp

chứng	Triệu chứng (-)	Ho Đau họng Khó chịu Nhức đầu Đau cơ Buồn nôn, nôn Tiêu chảy Mất vị, khứu giác	đường hô hấp dưới trên lâm sàng	300mmHg	Sốc nhiễm trùng Rối loạn chức năng tim Phản ứng viêm quá mức Đợt cấp của các bệnh đi kèm (bệnh tim, gan, thận, hệ thần kinh trung ương hoặc huyết khối)
-------	-----------------	---	---------------------------------------	---------	---

+ Giá trị điểm mức độ nghiêm trọng của CLVT ngực theo Francone (2020) (CTSS - Chest CT severity score):⁵ Điểm CT ngực được tính cho từng thùy dựa trên mức độ tổn thương của nhu mô như sau: (0) không tổn thương; (1) <5% có tổn thương; (2) 5–25% có tổn thương; (3) 26–50% có tổn thương; (4) 51–75% có tổn thương; và (5) > 75% có tổn thương. Tổng điểm CTSS là tổng điểm của các thùy và nằm trong khoảng từ 0 đến 25.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA). Điểm trung bình CTSS được tính theo từng mức độ bệnh và so sánh bởi thuật toán T-Test độc lập (Independent Samples T-test) ($p < 0,05$ là các giá trị được chấp nhận). Sử dụng đường cong ROC (receiver operating characteristic) để tìm điểm cắt (cut-off) có giá trị phân biệt các mức độ bệnh với độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong (Area under Curve - AUC) cao nhất.

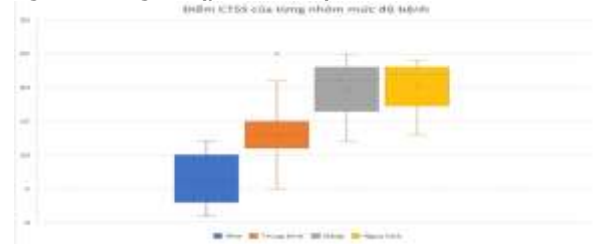
2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện vì mục đích khoa học. Các thông tin hồ sơ bệnh án, hình ảnh bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp hay tác động đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 64 ± 16 tuổi, trong đó có 61% nam và 39% nữ. Về mức độ lâm sàng lúc nhập viện, có đến 44% mức độ trung bình, 32% là mức độ nhẹ, còn lại là mức độ nặng (18%) và nguy kịch (6%). Bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 55% và 46%), tiếp đến là các bệnh ung thư (12%), bệnh phổi và bệnh thận mạn đều chiếm 9% và bệnh béo phì (8%).

3.2. Môi tương quan giữa tổng điểm CTSS theo các mức độ bệnh trên lâm sàng. Tổng điểm CTSS giữa các mức độ bệnh trên lâm sàng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mức độ nhẹ và trung bình, trung bình và nặng ($p < 0,001$) nhưng giữa nhóm nặng và nhóm nguy kịch thì sự khác biệt không có ý

nghĩa thống kê ($p = 0,670$).



Biểu đồ 1. Điểm CTSS theo từng mức độ

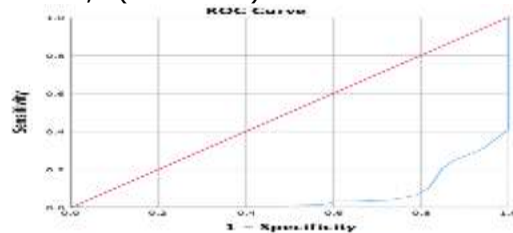
Bảng 2. Điểm CTSS trung bình theo từng mức độ bệnh

Mức độ	Điểm trung bình	p (Independent Samples T-test)
Nhẹ	$6,5 \pm 3,78$	$< 0,001^*$
Trung bình	$13,29 \pm 3,84$	
Nặng	$20,28 \pm 4,26$	0,670
Nguy kịch	$21,01 \pm 3,75$	

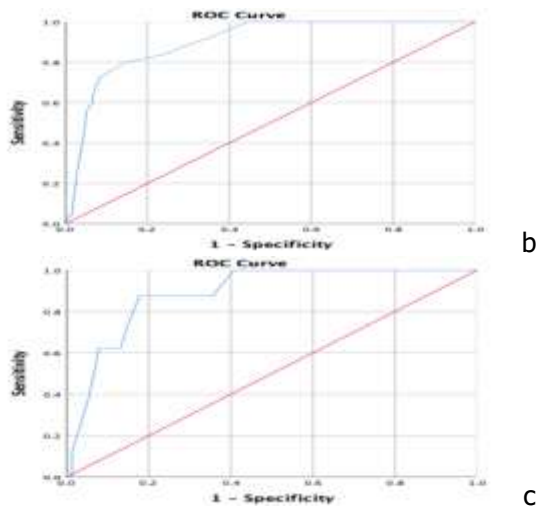
$p < 0,05^*$: số liệu có ý nghĩa thống kê

3.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS tiên lượng các mức độ bệnh bằng đường cong ROC. Với đánh giá mức độ nhẹ và trung bình, đường cong ROC thu được nằm hoàn toàn dưới đường thẳng nối hai điểm (0,0) và (1,1) và diện tích dưới đường cong là $0,065 \ll 0,5$, vì vậy CTSS không có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ nhẹ và trung bình viêm phổi COVID-19 (biểu đồ 2a).

Với đánh giá mức độ nặng, diện tích đường cong ROC là 0,900 hoặc 90% với $p < 0,001$, như vậy điểm CTSS cao hoặc thấp có khả năng phân biệt rất tốt giữa mức độ nặng với mức độ nguy kịch và mức độ nhẹ - trung bình. Cụ thể, giá trị dự đoán mức độ nặng của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5 (biểu đồ 2b). Tương tự với giá trị dự đoán mức độ nguy kịch của CTSS với độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 87,5% và 82,2%, điểm cut-off là 16,5 (biểu đồ 2c).



a



Biểu đồ 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CTSS tiên lượng từng mức độ

a) Mức độ nhẹ và trung bình; b) Mức độ nặng; c) Mức độ nguy kịch

Bảng 2. Giá trị diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS đánh giá mức độ nhẹ và trung bình

Mức độ	AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cut-off	p
Nhẹ và trung bình	0,065	//	//	//	
Nặng	0,900	80%	85,2%	15,5	<0,001*
Nguy kịch	0,888	87,5%	82,2%	16,5	<0,001*

AUC (area under the Curve): Diện tích dưới đường cong

Như vậy, CTSS có ý nghĩa trong việc tiên lượng mức độ lâm sàng nặng và nguy kịch với độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao (mức độ nặng: 80% và 85,2%; mức độ nguy kịch: 87,5% và 82,2%) với điểm cut-off lần lượt là 15,5 và 16,5. Tuy nhiên CTSS không có ý nghĩa trong tiên lượng mức độ nhẹ và trung bình (diện tích dưới đường cong AUC < 0,5).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 64 ± 16 tuổi, với tỷ lệ nam (61%) cao hơn nữ (39%). Gần 80% số BN có mức độ triệu chứng lâm sàng lúc vào viện ở mức nhẹ và trung bình, thấp nhất là nhóm nguy kịch với chỉ 6%. Trong đó tỷ lệ tử vong chỉ chiếm 4,4%. Bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 55% và 46%) do tỷ lệ hay gặp nhất. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wu và McGoogan trên 72314 BN, hầu hết người bệnh có triệu chứng đều phát triển mức độ nhẹ (41%) hoặc trung bình (40%), khoảng 14% phát triển bệnh nặng

cần hỗ trợ oxy và 5% ở mức độ nguy kịch với các biến chứng như suy hô hấp, hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng, tắc mạch huyết khối và/hoặc suy đa cơ quan.⁶

4.2. Mối liên quan giữa điểm tổng điểm CTSS trên phim chụp CLVT theo từng mức độ bệnh trên lâm sàng. Điểm CTSS trung bình của nhóm nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch trong nhóm nghiên cứu lần lượt là $6,7 \pm 3,48$, $12,95 \pm 3,46$, $19,52 \pm 3,90$ và $20,25 \pm 3,85$. Trong đó điểm số giữa mức độ nhẹ và trung bình, mức độ trung bình và nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,001$). Mặc dù điểm trung bình CTSS ở mức độ nguy kịch cao hơn ở mức độ nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,650$).

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Sharma và cs, điểm cho mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là <8, 9-15 và >15 điểm.⁷ Tuy nhiên, điểm số trung bình mức độ nhẹ của chúng tôi cao hơn khoảng 2 điểm so với mốc giới hạn trên của mức độ nhẹ trong nghiên cứu của Sharma và cs. Điều này có thể là do nhóm BN của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn (64 so với 51), do đó, những người cao tuổi có xu hướng tổn thương phổi nặng hơn và có điểm số CTSS cao hơn so với nhóm BN trẻ tuổi hơn dù ở mức độ nhẹ.⁷

4.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS đánh giá từng mức độ bệnh bằng đường cong ROC. Từ nghiên cứu của chúng tôi, CTSS không có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ nhẹ và trung bình viêm phổi COVID-19 mặc dù điểm trung bình giữa hai nhóm này khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nokiani và cs là CTSS chủ yếu đánh giá và tiên lượng mức độ nặng và nguy kịch hơn là nhẹ và trung bình.^{1,2}

Tuy nhiên, CTSS lại có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao khi có khả năng phân biệt tốt giữa mức độ nặng với mức độ nguy kịch và với mức độ nhẹ - trung bình. Cụ thể, giá trị dự đoán mức độ nặng của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5. Trong khi đó, giá trị dự đoán mức độ nguy kịch của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 87,5% và 82,2% với điểm cut-off là 16,5. Tuy nhiên khoảng cách giữa hai mốc này (15,5 và 16,5) là không lớn và phù hợp với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình của hai nhóm này.

Theo Nokiani và cộng sự, 7 hệ thống tính điểm CTSS đều có giá trị tiên lượng tốt trong việc phân biệt các mức độ trung bình với nặng/

nguy kịch và phân biệt trung bình/nặng với nguy kịch cũng như dự đoán giai đoạn đỉnh của bệnh (diện tích dưới đường cong AUC = 0,76-0,79), trong đó hệ thống tính điểm sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là CTSS4.¹ Cụ thể, mốc chẩn đoán BN nặng/nguy kịch của hệ thống CTSS4 là 13,5 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 63% và 94%. Tương tự với nhóm BN nguy kịch là mốc 14,5 với độ nhạy và độ đặc hiệu là 75% và 83%. Điểm cut-off ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn 2 đơn vị so với từng mức độ tương ứng, điều này có thể là do nhóm nặng và nguy kịch của chúng tôi chỉ chiếm 20% trong khi nhóm BN trong nghiên cứu của Nokiani là 57%.

Theo một nghiên cứu khác của Nokiani, CTSS4 cũng có khả năng phân loại giữa hai nhóm trung bình và nặng/ nguy kịch nhưng diện tích dưới đường cong ở mức ranh giới (0,7) với độ nhạy và độ đặc hiệu không cao.² Điều này cũng tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với diện tích đường cong chỉ 0,591.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm CTSS trên CLVT có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh COVID-19. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CTSS giữa các nhóm nặng, nguy kịch với nhóm nhẹ, trung bình. Tuy nhiên không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nhẹ với trung bình, nhóm nặng với nguy kịch. Sử dụng giá trị "cut-off" của điểm CTSS là 15,6 để chẩn đoán bệnh nặng có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 80% và 85,2%; 16,5 để chẩn đoán nhóm bệnh nguy kịch

mức độ nguy kịch có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 87,5% và 82,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CT-severity score in COVID-19 patients: for whom is it applicable best? - PMC.** Accessed September 29, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9272955/>
2. **Almasi Nokiani A, Shahnazari R, Abbasi MA, Divsalar F, Bayazidi M, Sadatnaseri A.** CT severity score in COVID-19 patients, assessment of performance in triage and outcome prediction: a comparative study of different methods. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2022;53(1):116. doi:10.1186/s43055-022-00781-5
3. **Clinical Spectrum.** COVID-19 Treatment Guidelines. Accessed July 30, 2022. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
4. **Clinical management of COVID-19: Living guideline,** 18 August 2023. Accessed October 10, 2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-clinical-2023.2>
5. **Francone M, Iafrate F, Masci GM, et al.** Chest CT score in COVID-19 patients: correlation with disease severity and short-term prognosis. *Eur Radiol.* 2020;30(12): 6808-6817. doi:10.1007/s00330-020-07033-y
6. **Wu Z, McGoogan JM.** Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020; 323(13): 1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
7. **Sharma S, Aggarwal A, Sharma RK, Patras E, Singhal A.** Correlation of chest CT severity score with clinical parameters in COVID-19 pulmonary disease in a tertiary care hospital in Delhi during the pandemic period. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2022; 53(1):166. doi:10.1186/s43055-022-00832-x

ĐẶC ĐIỂM HẬU PHẪU VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHẨU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Điền¹, La Vĩnh Phúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một trong các biến chứng nặng và thường gặp của bệnh loét dạ dày - tá tràng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc

điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng sau phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu tổng số 49 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng từ 60 tuổi trở lên được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2020. **Kết quả:** Nam chiếm đa số với 77,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $9,08 \pm 3,89$ ngày. Thời gian đau sau mổ là $3,33 \pm 1,76$ ngày. Bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật là $2,78 \pm 1,43$ ngày. Thời gian bắt đầu trung tiện là $2,65 \pm 0,72$ ngày, tỷ lệ sinh cá nhân và vận động sau mổ là $2,88 \pm 1,30$

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025